

ANNEE 1944

N°

377

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le 14 JUIN 1944 1944

Paul, Georges LEMAIRE

Né le 17 mai 1916, à Voves (Eure-et-Loir)

Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers

Contribution à l'étude du traitement des hémorragies par insertion basse du placenta au cours du travail

Président : M. PORTES, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1945

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **LEMAIRE**

Noms : **Paul-Georges**

Date de la soutenance:

N° d'ordre:

LEMAIRE (Paul-Georges)

— Contribution à l'étude du traitement des hémorragies par insertion basse du placenta au cours du travail. — Paris, Librairie Arnette, 1945, in-8° r., p. 76.

(Th. méd. (Etat), Paris, 1944, n°.....).

LEMAIRE (Paul-Georges)

— Contribution à l'étude du traitement des hémorragies par insertion basse du placenta au cours du travail. — Paris, Librairie Arnette, 1945, in-8° r., p. 76.

(Th. méd. (Etat), Paris, 1944, n°.....).

LEMAIRE (Paul-Georges)

— Contribution à l'étude du traitement des hémorragies par insertion basse du placenta au cours du travail. — Paris, Librairie Arnette, 1945, in-8° r., p. 76.

(Th. méd. (Etat), Paris, 1944, n°.....).

LEMAIRE (Paul-Georges)

— Contribution à l'étude du traitement des hémorragies par insertion basse du placenta au cours du travail. — Paris, Librairie Arnette, 1945, in-8° r., p. 76.

(Th. méd. (Etat), Paris, 1944, n°.....).

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le 1944

Paul, Georges LEMAIRE

Né le 17 mai 1916, à Voves (Eure-et-Loir)

Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers

**Contribution à l'étude
du traitement des hémorragies
par insertion basse du placenta
au cours du travail**

Président : M. PORTES, professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1945

DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy et Tiffeneau.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau
Sézary, Tanon et Tiffeneau.

DOYEN..... BAUDOUIN.

ASSESEUR..... Léon BINET.

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Assistance médico-sociale.....	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie.....	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ.
	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Cliniques médicales	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P. VALLERY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique.....	VILLARET.
Clinique de neuro-chirurgie	VINCENT (CL.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL.
	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique urologique	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

MM.

Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	BESANÇON (Justin)
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée.....	BENARD (Henri).
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*), VERNE (*Histologie*).

II. - AGREGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER. N...		GARCIN. DE GENNES. HAGUENAU. LELONG.
Anatomie patholog. ...	DELARUE. GAUTHIER- VILLARS (M ^{lle}).	Médecine générale ...	LENEGRE. MARCHAL. MOLLARET. MOUQUIN. SOULIE.
Bactériologie	BONNET.		DESOILLE.
Chimie médicale.....	N... AMELINE. FEVRE.	Médecine légale.....	DIGONNET. LACOMME.
	FUNCK - BREN- TANO.	Obstétrique	SUREAU: N...
Chirurgie générale ...	MENEGAUX. PATEL. SICARD. N... N... N...	Ophtalmologie	RENARD.
	BULLIARD.	Oto-rhino-laryngol. ..	HALPHEN.
Histologie	N...	Parasitologie	LAVIER.
Hydrologie	N...	Parasitologie coloniale	N...
Hygiène	BARIETY.	Pathologie expérim...	LEMAIRE.
	BERNARD (Et.).	Pharmacologie	M ^{lle} J. LEVY. N...
Médecine générale ...	BOULIN.	Physiologie	RICHET. N...
	BROUET. CACHERA. COSTE. DELAY.	Physiologie médicale.	DESGREZ (H.).
		Thérapeutique	TURPIN.
		Urologie	COUVELAIRE.

III. - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. - AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale.	{ GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES. ECALLE.	Clinique médicale....	{ ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHE Guy. MOREAU. FEY.
Clinique obstétricale.		Clinique urologique..	

V. - CHARGES DE COURS

	MM.		MM.
Puériculture	N...	Stomatologie	DECHAUME.
Radiologie	LEDOUX- LEBARD.		

MM.
Secrétaire de la Faculté..... J. MOREL.
Secrétaire-adjoint..... M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef..... A. HAHN.
Bibliothécaires M^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRERES ET SŒURS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES

Professeur de Clinique obstétricale

*Qui a bien voulu nous faire le très
grand honneur d'accepter la présidence de
notre thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de notre profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUCHY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Professeur de Clinique obstétricale
Chirurgien de la Maternité de l'Hôtel-Dieu

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et guidé dans son exécution.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de notre respectueuse gratitude.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
D'ANGERS :

A LA MEMOIRE DES DOCTEURS
ROUESSE, C. SARRAZIN, PAPIN, GAUTIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DENECHAU
Professeur de Clinique médicale

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NAULLEAU
Professeur de Clinique chirurgicale

A MESSIEURS LES DOCTEURS
BIGOT, BOUMARD, CLOSIER, GOYER, NEDELEC,
ROUSSEAU, TESTARD, DELAITRE, PERREAU,
C.-R. MARTIN, LECOCQ, FREBET, HERMANN,
GAUGAINHY, SARRAZIN, BONHOMME, BAYLE.

INTRODUCTION

L'insertion vicieuse du placenta est certainement très fréquente si l'on considère comme anormaux tous les cas dans lesquels le petit côté des membranes est inférieur à 10 centimètres. DEVRAIGNE donne même la proportion de 28 %. Mais les seuls cas qui nous intéresseront seront ceux qui s'accompagneront de complications, et en particulier d'hémorragie, complication majeure du placenta prævia au cours du travail. Le pourcentage baisse alors considérablement. Les chiffres publiés dans la thèse de SZEKELY varient entre 0,19 % (SCHVAAB) et 2,50 % (LAFFONT et FULCONIS, d'Alger). Ces différences sont, sans doute, dues à ce que certains hôpitaux reçoivent du « tout venant », tandis que d'autres ont un recrutement plus important de dystocies. Les auteurs allemands ont fait remarquer la fréquence moindre de cet accident dans la clientèle aisée. Il faut admettre en moyenne 0,50 à 1 %. Malgré cette rareté relative, ces hémorragies constituent un des syndromes cliniques les plus importants de l'obstétrique. Elles nécessitent la mise en œuvre d'un traitement souvent d'extrême urgence, dont l'efficacité sera réelle s'il réussit à sauver la

mère et l'enfant. Aussi conçoit-on le grand nombre de travaux que cette question a fait naître. En vingt ans, trois Congrès d'Obstétrique y ont été consacrés.

Nous allons rappeler l'historique assez mouvementé du traitement, les méthodes actuellement employées : obstétricales et chirurgicales, et la discussion de leurs indications à l'occasion de 28 observations recueillies dans le Service du professeur ROUCHY à la Maternité de l'Hôtel-Dieu (Clinique obstétricale de l'Ecole de Médecine d'Angers). Nous y ajouterons 7 observations de pratique privée, ce qui porte à 35 les cas servant de base à notre étude.

HISTORIQUE

Les hémorragies au cours de l'accouchement sont connues depuis la plus haute antiquité : HIPPOCRATE, MÆCHION, Paul d'EGINE au VII^e siècle, HILDEN leur opposaient une sorte de pessaire astringent. Par ailleurs, HIPPOCRATE connaît des cas d'expulsion du placenta avant le fœtus. Ambroise PARÉ, chirurgien du roi, en 1585, parle de la « difficulté d'enfanter quand l'arrière-faix vient le premier, lequel accouchement est appelé *filius ante patrem*, ce qui est très dange-reux ». Louise BOURGEOIS, sage-femme à la cour au début du XVII^e siècle, a constaté que l'hémorragie cesse sitôt que la femme est accouchée, mais elle ne reconnaît pas la cause de cette hémorragie pour laquelle elle préconise l'accouchement forcé.

GUILLEMEAU est le premier à relier les deux phénomènes : « Quand il y a flux de sang, c'est ordinairement le délivre qui se présente le premier », mais son explication est fausse puisqu'il pense que « l'arrière-faix tombe au col de la matrice et le bouche ». Il décrit la technique et pratique aussi l'accouchement forcé, et cela même sur la fille de son maître Ambroise PARÉ. Cette méthode brutale consiste à péné-

trer dans la cavité utérine en séparant le placenta de son lieu d'insertion (PORTAL) ou en le fendant en deux (GUILLEMEAU) pour extraire le fœtus. Evidemment, le col était traumatisé plus ou moins sérieusement, suivant le degré de dilatation au moment de l'intervention et l'infection puerpérale était fréquente.

Quoique PORTAL, en 1685, rapporte plusieurs observations où il reconnaît l'insertion vicieuse du placenta comme un fait *primitif* avec l'hémorragie qu'elle occasionne, les idées et le traitement de GUILLEMEAU sont encore suivis par PEU, DIONIS, DEVENTER : Les résultats sont plus que médiocres pour les femmes et généralement catastrophiques pour les enfants. MAURICEAU en constate les funestes effets à l'occasion d'un cas familial. Aussi, préconise-t-il une thérapeutique moins violente par la rupture des membranes, car il a constaté que l'écoulement des eaux diminue ou arrête l'hémorragie ; PUZOS, en 1759, reprend et vulgarise cette nouvelle méthode et ne pratique l'accouchement forcé que si l'hémorragie persiste. LEVRET, à qui on doit les premières études importantes sur le placenta prævia, en 1753, est aussi partisan de l'accouchement forcé qu'il préfère à la césarienne. Il propose de rompre les membranes ou de passer à travers le placenta pour faire une version suivie d'extraction.

Pour LEROUX (de Dijon), l'important est de pouvoir attendre une dilatation suffisante pour extraire le fœtus. Dans ses « Observations sur les pertes de sang des femmes en couches et sur le moyen de les

guérir », en 1776, il se propose d'arrêter l'hémorragie par un tamponnement, mais seulement quand le travail n'est pas commencé. Autrement, il perce les membranes. La méthode complète celle de Puzos au lieu de s'y opposer. Il est, d'ailleurs, curieux de remarquer que le tamponnement fut d'abord appliqué aux hémorragies de la délivrance dûes à l'inertie utérine. Cette indication fut rapidement abandonnée et remplacée par celle du placenta prævia pendant plus d'un siècle. Tour à tour, la méthode de Leroux est critiquée ou louée suivant les auteurs. M^{me} LA CHAPPELLE, en 1821, introduit et vulgarise son emploi à la Maternité de Paris et note, à côté de la rupture des membranes et de l'accouchement artificiel, que le tamponnement est le moyen palliatif le plus puissant et « pourrait, jusqu'à un certain point être considéré comme curatif, qu'il excite les contractions de l'utérus et qu'il accélère le travail », mais elle constate la fréquence des infections. DUBOIS, SERRES sont de chauds partisans de la méthode de Leroux, alors que les inconvénients sont bien mis en évidence dans la thèse de Dumas, en 1864, qui reproche au tampon :

- de transformer l'hémorragie externe en hémorragie interne ;
- d'augmenter le décollement du placenta ;
- de compromettre la vie du fœtus ;
- de provoquer des douleurs très vives ;
- de favoriser l'infection ;
- d'être souvent insuffisant.

Aussi les partisans « à tout crin » sont-ils de moins en moins nombreux et ses adversaires cherchent un autre moyen d'hémostase. En 1789, ROUGET (de Toulouse) utilise une vessie de porc, sans succès. En 1848, STEIN (de La Haye) met dans le vagin une vessie de chèvre ou de mouton qu'il remplit d'air ou d'eau. MIQUIEL (de Tours) emploie une vessie de porc. KEILLER pratique le tamponnement vaginal avec un ballon de caoutchouc. CHASSAGNY (de Lyon) propose son ballon hémostatique. Toutes ces méthodes s'avèrent peu efficaces, aussi le tampon de Leroux possède encore d'ardents défenseurs en France avec BAILLY, GUÉNIOT, NÉGRIER (d'Angers), CHARPENTIER, MOY.

A l'étranger, les Anglais et les Américains emploient la méthode de Barnes dont le sac de caoutchouc introduit dans le pôle inférieur de l'œuf et gonflé a un effet à la fois dilateur du col et hémostatique. Les Allemands préfèrent tamponner avec le Colpeurunter de Braun, ou bien faire une version podalique, le siège du fœtus remplaçant le ballon dans son double but, comme le préconise BRAXTON-HICKS (1860).

Vers 1880, l'apparition de l'asepsie fait renaître, pour un temps assez court d'ailleurs, le tamponnement à la Leroux.

Avec PINARD s'ouvre une ère nouvelle. Il reprend en 1886 la méthode de Puzos et rapporte 15 cas où la rupture *large* et non la simple perforation des membranes assure 14 fois l'arrêt de l'hémorragie. On voit l'efficacité du procédé qui, liée à sa facilité, à sa sim-

plicité, lui ont permis de garder une place de premier plan parmi les nombreuses méthodes encore proposées à l'heure actuelle. En 1888, CHAMPETIER DE RIBES préconise son ballon pour provoquer le travail dans les bassins rétrécis et PINARD l'utilise chaque fois que la rupture large des membranes s'avère insuffisante pour assurer l'hémostase. En 1894, l'accouchement forcé réapparaît, mais un peu moins brutal, avec l'accouchement méthodiquement rapide de TARNIER-BONNAIRE et récemment avec la méthode de Delmas qui utilise la meilleure dilatabilité du col après rachianesthésie. SIMPSON, en 1874, propose l'arrachement du placenta. WILLETT réalise l'hémostase par compression du placenta en appliquant la présentation sur le segment inférieur au moyen de deux pinces de Museux mises sur le cuir chevelu (1925).

Mais surtout la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e inaugurent les premières tentatives de la chirurgie dans le traitement du placenta prævia, généralement associé alors à une autre dystocie. La première césarienne fut réalisée par HUSTON FORD en 1892, en France par LEPAGE en 1900. SELLHEIM et KRÖNIG, en 1908, publient en Allemagne 6 cas de césarienne corporeale, sans décès maternel ni fœtal. Cependant, cette méthode chirurgicale reste l'exception, comme le montre le Rapport de COUVELAIRE au *Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Berlin* en 1912. L'amélioration de la technique opératoire et surtout la pratique de la césarienne supra-symphysaire ont permis à BRINDEAU et SCHICKELE la vulgarisation de

cette méthode en France depuis 1919, méthode de plus en plus employée et dont les résultats ont marqué une très nette amélioration du pronostic maternel et fœtal.

Le Rapport de PAUCOT et REEB au *Congrès d'Obstétrique de Paris* de 1933 constitue une mise au point de la chirurgie du placenta prævia. Les résultats qu'ils donnent, basés sur un ensemble de 19 statistiques, ont servi de base de comparaison pour nos observations.

EXPOSÉ DES OBSERVATIONS

Du 15 novembre 1938 au 1^{er} janvier 1944, nous avons relevé 51 placentas prævia pour un ensemble de 2.485 accouchements, soit 2,05 %. Nous ne retiendrons que 45 observations, déduction faite de la période de guerre du 1^{er} septembre 1939 au 1^{er} septembre 1940. Nous éliminerons tout de suite deux cas d'avortement au 5^e mois (observations 230 *bis* de 1939 et 408 de 1943, celle-ci concernant, d'ailleurs, une gémellaire). Les 43 cas restants peuvent être divisés de la façon suivante :

1° Le diagnostic de placenta prævia a été fait avant l'accouchement ou seulement soupçonné (mais confirmé par l'examen de l'arrière-faix) à cause de l'existence d'hémorragie, mais il n'a entraîné aucune sanction thérapeutique pendant le travail : 15 cas ;

2° Le diagnostic de placenta prævia a été affirmé pendant la grossesse ou seulement au cours du travail, mais l'hémorragie a obligé à intervenir : 28 cas ;

soit dans 65,11 % des cas de placenta prævia et 1,51 % du total des accouchements. Ce pourcentage

est plus élevée que la moyenne habituelle qui, comme nous l'avons vu, oscille entre 0,50 et 1. Ce chiffre élevé tient au fait que la Matrenité de l'Hôtel-Dieu reçoit plus spécialement les dystocies.

Compte tenu des observations de pratique privée que nous avons signalées, les méthodes obstétricales se sont partagées les indications de la façon suivante :

Rupture large des membranes 14

Ballon de Champetier de Ribes ... 2

Version de Braxton-Hicks 1

Version et extraction 5

Les méthodes chirurgicales employées furent :

Césarienne haute 1

Césarienne basse 9

Césarienne et hystérectomie 3

Nous envisagerons successivement ces différents traitements et la discussion des observations s'y rapportant.

PROCÉDÉS OBSTÉTRICAUX

Rupture large des membranes

Cette méthode a été mise au point et codifiée par PINARD en 1886. Si MAURICEAU, DEVENTER pratiquaient déjà la rupture des membranes, PINARD a eu le mérite de montrer que, pour être efficace, elle devait être faite largement et qu'on ne devait pas se contenter d'une simple perforation.

L'écoulement du liquide amniotique diminue, la tension intra-utérine. Il permet à la tête de descendre

et de comprimer le placenta réalisant ainsi l'hémotase. Enfin, il supprime les tractions exercées par les membranes sur les bords du placenta, cause d'hémorragie à chaque contraction.

Le mode opératoire est simple. Il faut d'abord prendre les précautions d'asepsie habituelle à toute manœuvre obstétricale. Par le toucher vaginal, on va à la recherche des membranes que l'on trouvera le plus souvent en haut et à droite, au besoin en s'aidant de valves et en décollant un peu le placenta. On glisse le long de l'index un perforateur ou une branché de pince de Kocher et on déchire *largement* les membranes.

Les avantages de la méthode Pinard résident dans sa simplicité, son innocuité et son efficacité : elle est à la portée de tout médecin praticien et doit être employée chaque fois qu'elle est possible.

Son indication est formelle dans le cas de :

- 1° Femme au début du travail, col un peu dilaté ;
- 2° Hémorragie moyenne et bon état général ;
- 3° Placenta latéral ou marginal ;
- 4° Présentation longitudinale.

Ses contre-indications sont surtout tirées de son impossibilité, par exemple : l'absence de tout travail ou l'existence d'une variété centrale. PINARD affirme n'avoir pas rencontré de cas où il serait impossible de pénétrer dans l'utérus, car, généralement, il s'agit de multipares, mais il rejette la perforation du placenta. Il faut y adjoindre certaines complications comme les présentations vicieuses et la procidence

du cordon. L'abondance de l'hémorragie qui met immédiatement la vie de la femme en danger nécessite une thérapeutique plus rapide et plus sûrement radicale.

Surtout, nous insisterons sur la nécessité d'opérer aseptiquement, comme il se doit toujours, d'ailleurs. Ainsi, nous ménagerons la possibilité d'autres manœuvres en cas d'échec et, spécialement, la césarienne basse pourra être tentée, si c'est nécessaire.

Les résultats sont très bons pour la mère et assez bons pour le fœtus.

PAUCOT et REEB, se basant sur un ensemble de 19 statistiques, donnent, en 1933, les chiffres suivants :

Mortalité maternelle	2,40 %
Morbidité maternelle	10,40 %
Mortalité fœtale	34,50 %

Tout dernièrement, les Lyonnais (ROCHET) donnent en 1943 :

Mortalité maternelle	3,80 %
Morbidité maternelle	15,24 %
Mortalité fœtale	19,00 %

RUPTURE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES ET ACCOUCHEMENT SPONTANÉ

OBSERVATION I, n° 78, 1939. — Mme C..., 26 ans, IV Pare.

Entrée le 2 mars pour hémorragie. 8 mois.

D.R. 21 au 26 juin 1938.

La femme est au début du travail, l'hémorragie très légère et l'état général bon. Température 37° 7, pouls 90. T.A. 12-8.

Surveillance. L'hémorragie s'arrête.

Rupture artificielle des membranes à dilatation presque complète.

Accouchement normal d'un garçon pesant 3.110 grs.

Placenta 770 grs (Procréateur Σ et ϕ).

Membranes 34/0.

Suites de couches normales.

OBSERVATION II, n° 151, 1939. — Mme L..., 24 ans, II Pare.

Entrée le 3 mai 1939

D.R. 26 au 31 juillet 1938. A terme.

Hémorragie au cours du travail, T.A. 16 1/2 - 11.

Rupture artificielle des membranes à la dilatation de grande paume.

Accouchement normal d'une fille de 3.170 grs.

Placenta 520 grs. Membranes 34/0.

Suites de couches normales.

OBSERVATION III, n° 160, 1939. — Mme M..., 23 ans, II Pare.

Entrée le 14 mai vers 5 h. 30.

D.R. 10 au 15 août 1938. Presque à terme.

Hémorragie à la dilatation de grande paume.

On pratique la rupture artificielle des membranes.

Accouchement d'une fille criant aussitôt, pesant 2.990 grs.

Délivrance 690 grs. Mensuration des membranes 26/3.

Sortie de la mère et de l'enfant une semaine après.

Suites de couches normales.

OBSERVATION IV, n° 180, 1939. — Mme P..., 24 ans, II Pare.

Entrée le 6 juin à 0 h. 10. A terme.

D.R. 20 au 25 août 1938.

Hémorragies aux 1^{er} et 2^e mois de la grossesse.

Vomissements pendant les trois premiers mois.

Rupture artificielle de la poche des eaux à dilatation presque complète.

Accouchement normal d'un garçon de 3.700 grs.

Placenta 680 grs. Membranes 36/2.

Suites de couches normales.

OBSERVATION V, n° 166, 1941. — Mme L..., 17 ans, I Pare.

Entrée le 7 mai 1941.

D.R. 15 au 20 juillet 1940. A terme.

Petite hémorragie au début du travail.

Rupture artificielle de la poche des eaux à dilatation presque complète.

Accouchement normal d'une fille de 2.740 grs.

Placenta 490 grs. Membranes, pas de petit côté.

Suites normales.

OBSERVATION VI, n° 207, 1941. — Mme M..., 32 ans, V Pare.

Entrée le 3 juin. A terme.

Antécédents avortement de six semaines.

D.R. 18 au 20 août 1940.

A fait des hémorragies fin avril, au mois de mai, et le 3 juin.

A son entrée, elle saigne. Pouls à 108. T.A. 12-7.

On pratique la rupture large des membranes à dilatation comprise entre 2 et 5 heures.

Accouchement normal d'une fille de 3.330 grs. Délivrance artificielle pour hémorragie. Placenta découronné.

Suites de pouches normales.

OBSERVATION VII, n° 518, 1941. — Mme C..., 33 ans, II Pare.

Entrée le 25 décembre.

D.R. 22 au 24 avril. 8 mois.

Hémorragies les 15 et 24 décembre et le 25 décembre ; celle-ci motive l'hospitalisation.

A son arrivée, femme pâle, fatiguée. Pouls 120. T.A. 7-5. Tendance syncopale. Au T.V., le col est dilaté à petite paume. On arrive sur le placenta, mais les membranes sont accessibles à droite.

Rupture artificielle des membranes.

Accouchement normal d'un enfant de 2.500 grs qui crie après désobstruction des voies respiratoires.

Délivrance normale d'un placenta se présentant par le bord et pesant 430 grs.

Membranes 45/0.

Malaise passager. Pressyl, sérum sous-cutané. Pas d'hémorragie ; utérus bien rétracté.

Suites de couches un peu fébriles. Température entre 37° et 38°. Lochies fétides.

Sort le 13^e jour.

OBSERVATION VIII, n° 335, 1942. — Mme B..., 27 ans, V Pare.

Entrée le 9 juillet 1942.

D.R. 17 au 23 décembre 1941. 6 mois.

Hémorragies les 27 juin, 2, 6 et 9 juillet.

Examen : Placenta prævia, variété latérale.

Bon état général. Début de travail.

Rupture artificielle de la poche des eaux à dilatation presque complète.

Accouchement spontané d'un enfant se présentant par le siège (siège décomplété).

Délivrance normale 480 grs. 21/8.

Enfant 1.140 grs, décédé le lendemain.

Suites de couches normales. Sort le 9^e jour.

OBSERVATION IX, n° 148, 1943. — Mme L..., 42 ans, VIII Pare.

Antécédents : une gémellaire et un siège.

Entrée le 10 mars.

D.R. 10 au 16 mai. A terme.

Hémorragie le 10 mars.

Insertion basse du placenta. Pas de travail.

La numération globulaire montre :

Hématies	3.400.000
Leucocytes	11.550
Neutrophiles	71
Lymphocytes	27
Moyens mononucléaires	1
Monocytes	1
Hémoglobine	80 %

Rupture des membranes à dilatation avancée.

Accouchement normal d'une fille de 3.450 grs.

Délivrance naturelle 740 grs. Membranes 52/0.

Suites de couches normales.

Sortie le 10^e jour.

OBSERVATION IX, n° 396, 1943. — Mme C..., 23 ans, III Pare.

Antécédents : Paratyphoïde à 15 ans.

D.R. 26 novembre au 2 décembre.

Entrée le 27 juillet. 7 mois 1/2.

Pour hémorragie.

A son entrée, bon état général. Température 37° 5. Pouls à 100. T.A. 10-6.

A 22 h. 10, H.V. 30. Tête en bas tendant à se fixer.

Dos à gauche. B.D.C. +.

T.V. col effacé, dilaté comme 2 f. Présentation tendant à bien descendre. Membranes intactes rugueuses.

Rupture artificielle des membranes.

A 22 h. 25, accouchement normal d'un enfant criant aussitôt et pesant 2.040 grs.

Suite de couches normales.

OBSERVATION n° XI. Clinique. — Mme H..., V Pare.

A terme, est hospitalisée pour hémorragies survenues en fin de grossesse. L'examen fait penser à un placenta prævia marginal.

Le 21 mars, rupture artificielle de la poche des eaux à dilatation de 2 f. Accouchement normal, enfant vivant.

Dix minutes après, la femme présente un état de choc accentué, sans hémorragie. La révision utérine montre une rupture sous-péritonéale du segment inférieur. Laparotomie immédiate et hystérectomie subtotale avec conservation annexielle droite en même temps que traitement du choc.

Les suites de couches ont été normales.

L'enfant est décédé au 5^e jour, sans que la cause de la mort puisse être mise en évidence (il est à noter qu'au cours du travail, il avait été observé des signes de souffrance fœtale, modification des bruits du cœur).

RUPTURE DES MEMBRANES ET FORCEPS

OBSERVATION XIII, n° 57, 1941. — Mme B., 42 ans, XI Pare.

Antécédents : 2 avortements de 3 mois.

D.R. 7 au 14 mai 1940.

Entrée le 5 février 1941. 8 mois 1/2, pour légère hémorragie dans les jours précédents.

Examen de sang du 6 février : 3.350.000

Globules blancs	6.820
Neutro	69
Eosino	1
Monocytes	2
Lympho	28

A l'examen, le 9 février, dilatation à petite paume, placenta marginal. Dans la poche des eaux, on perçoit une main. La présentation mal sentie est une épaule ou une tête avec membre supérieur procident.

En raison de l'hémorragie de moyenne abondance, des modifications de l'état général (facies pâle, pouls sup. à 100), il est indiqué de rompre la poche des eaux et de vérifier la présentation.

On constate qu'il s'agit d'une tête avec procidence du membre supérieur.

Réduction de la procidence.

La dilatation est à grande paume. Les B.D.C. se modifient. On fait une application de forceps. Extraction en M.P. d'une fille de 2.780 grs vivante. Placenta 540 grs, sans petit côté.

Suites de couches normales.

Enfant courbe normale.

OBSERVATION XIII, n° 90, 1941. — Mme Q..., 36 ans II Pare.
Entrée le 4 mars.

D.R. 22 au 27 mai. A terme.

A l'examen H.U. 31. Présentation céphalique.

Dos à D., B.D.C. +. Pas de travail.

A 0 h. 10, légère hémorragie. Col dilaté à 1 f. A droite, on arrive sur la présentation ; à gauche, on sent le placenta ; B.D.C. +. Surveillance.

6 h. 40 : B.D.C. très lents et irréguliers. Dilatation à 5 f.

Rupture artificielle des membranes.

7 h. 20 : Dilatation complète. Présentation engagée, mais on n'entend plus les B.D.C.

Application du forceps.

Enfant 3.460 impossible à ranimer.

Placenta présente une languette prævia.

Suites de couches un peu fébriles entre 37° et 38°.

OBSERVATION XIV, n° 235, 1942. — Mme G..., 41 ans, IV Pare.
5 accouchements normaux dont 1 gémellaire et 1 siège.

Entrée le 14 mai 1942.

D.R. 26 août au 2 septembre. A terme.

Hémorragies les 22 mars, 8-9 avril, 7-14 mai, H.U. 33. Tête en bas mobile. Dos à gauche. B.D.C. Abdomen souple. Au T.V. col diminué de longueur, perméable, placenta prævia, variété latérale.

T. 37°. T.A. 12-7 1/2.

Surveillance. Numération globulaire. Extraits hépatiques.

Hématies	2.800.000
Leucocytes	8.050
Hémoglobine	65 %
Polynucléaires neutrophiles	85
éosinophiles	1
lymphocytes	14

Le 16 mai, 11 h. 30, col effacé, perméable comme 1 f.

Rupture artificielle de la poche des eaux à 5 f.

Arrêt de l'hémorragie, mais signes de souffrances fœtale obligeant à une application de forceps en OI.D.T.

Garçon 3.270 grs impossible à ranimer (P.L. : liquide clair).

Délivrance 440 grs. Membranes 37/0.

Suites de couches normales.

Sort le 23 mai.

Troubles psychiques et internement après sa rentrée dans la famille.

Notre bilan des 14 observations peut s'établir ainsi:

Suites maternelles simples	12
Suites maternelles morbides	2
Décès	0

Suites fœtales :

Vivants	12
Mort-nés	2
Morts secondaires	2
Morts au-dessus de 1800 g.	3
Mortalité globale	4

La plupart de ces cas correspondent à des hémorragies peu abondantes avec placenta latéral ou marginal. La rupture de la poche des eaux a été souvent pratiquée tardivement et elle aurait certainement gagné à être faite plus tôt.

La mortalité maternelle est nulle.

La morbidité maternelle est de 14,28 %. Elle a été observée chez une femme sérieusement anémiée (obs. 7) et après une application de forceps (obs. 13).

La mortalité totale fœtale est de 28,57 %. Dans deux cas, la rupture large des membranes a bien assuré l'arrêt de l'hémorragie, mais nous étions

désarmé contre les signes de souffrance fœtale survenant à une dilatation de 5 f. (obs. 13 et 14). Il fallait bien attendre la dilatation complète pour faire le forceps et les enfants sont mort-nés.

Dans l'obs. 8, l'enfant né à 6 mois ne pesait que 1140 grs. Son décès le lendemain s'explique de lui-même.

Dans l'obs. 11, l'enfant est mort le 5^e jour.

Nous notons chez la mère une rupture utérine spontanée après accouchement normal. ROCHET signale un cas semblable chez une multipare. Mais là, l'hystérectomie pratiquée d'urgence a été suivie d'un très bon résultat.

Le ballon de Champetier de Ribes

Le ballon a le double but de réaliser un excellent tamponnement tout en accélérant le travail.

Sa technique d'application est assez difficile ; après désinfection des organes génitaux et des instruments, on rompt la poche des eaux, si cela n'est déjà fait. Puis le ballon roulé en cigare est fixé entre les mors d'une pince spéciale à courbure antéro-postérieure, dite pince à ballon. Il est introduit dans la cavité utérine en se guidant sur deux doigts de la main gauche. On injecte à son intérieur de l'eau stérile et l'on retire séparément chaque branche de la pince, dès que le remplissage est suffisant. De façon mécanique, le ballon comprime ainsi le placenta et provoque la dilatation du col. Il est expulsé à dilatation complète

si sa grosseur a été correctement choisie et le fœtus suit peu après.

L'emploi de cette méthode nécessite un certain degré de dilatation du col pour introduire un ballon suffisamment volumineux.

Ses avantages sont peu importants en regard de ses nombreux inconvénients. On lui reproche, entre autres, de déplacer la tête qui tend à fuir dans une fosse iliaque, de favoriser la contracture utérine et les anomalies de la dilatation. Il est parfois inefficace. Sa conservation et sa stérilisation sont difficiles, d'où menace d'infection.

Mais surtout, c'est un procédé *lent*, impossible à utiliser en cas d'urgence dans les grosses hémorragies. Il faut de 1 à 12 heures, en moyenne 4 chez les multipares, pour arriver à dilatation complète (LAZAROVICI). Il s'accompagne, par conséquent, d'une forte mortalité fœtale.

Cette méthode ne sera le plus souvent utilisée que comme complément de la rupture large des membranes chez les multipares à col souple avec conservation d'un bon état général. BRET la préconise seulement dans les cas de grossesse peu avancée, là où l'opération césarienne ne serait pas justifiée du fait de la prématurité du fœtus.

En effet, si le pronostic maternel est assez bon, le pronostic fœtal est très mauvais. Sur cinq enfants vivants avant la pose du ballon, LAZAROVICI a quatre décès, GOLDENBERG en a huit sur dix, FAUDOT 62 %.

Le rapport de PAUCOT et REEB donne :

Mortalité maternelle	8,47 %
Morbidité maternelle	23,72 %
Mortalité fœtale	62,72 %

Mais il faut dire, à la décharge de ce traitement qu'il est employé souvent chez les prématurés.

BALLON DE CHAMPETIER DE RIBES

OBSERVATION XV, n° 50, 1939. — Mme D..., 38 ans, VI Pare.

Entrée le 7 février 1939, à 20 heures, pour hémorragie.

D.R. 25 au 29 mai 1938. 8 mois.

Antécédents : 0.

Examen à son entrée : H.U. 31 cm. Utérus souple ; quelques contractions. Présentation céphalique, tête élevée mobile. Dos à droite. B.D.C. mais irréguliers par instants.

Au T.V. col long, perméable. Présentation élevée difficile à atteindre au travers du col. On arrive sur des membranes dans la partie droite, à gauche le placenta. Bassin normal. Partie molles souples. Caillots dans le vagin.

T.A. 10-6. Pouls 120.

Diagnostic : placenta prævia marginal.

Traitement : Sérum I.V. Solucamphre. Strychnine.

A 22 heures, la femme paraît être en travail. L'hémorragie continue assez abondante. Le col est très souple. Aussi indication d'une *rupture artificielle large des membranes*, sans valve, fixation du col avec une pince de Museux. Rupture des membranes. On modère l'écoulement du liquide amniotique.

Les B.D.C. toujours irréguliers.

La tête n'appuyant pas sur le segment inférieur et pour hâter le travail, mise en place du : *ballon de Champetier de Ribes*.

A 23 h. 30 : B.D.C. ne sont plus perçus.

Le ballon est expulsé dans le vagin. La dilatation est à grande paume et le col très souple. Placenta en partie décollé.

Version par manœuvres internes et grande extraction de siège.

Anesthésie au Balsoforme.

Difficultés pour la tête dernière, nécessitant une incision aux ciseaux de la lèvre antérieure du col sur 1 cm.

Extraction d'un enfant de 2.450 grs mort-né.

Délivrance artificielle, le placenta est presque entièrement décollé, puis révision utérine.

Suites de couches : T. entre 37° et 38°.

Sort le 11^e jour.

OBSERVATION XVI (Clinique). — Mme J..., V Pare.

Enceinte de 7 mois, est envoyée d'urgence pour hémorragies. L'examen révèle un placenta prævia latéral.

Rupture artificielle des membranes suivie de la pose d'un ballon de Champetier de Ribes et d'une version par manœuvres internes à dilatation complète.

Extraction d'un enfant vivant pesant 1.800 grs.

Suites de couches normales.

L'enfant est décédé le 3^e jour.

Dans ces deux observations, l'indication du ballon de Champetier de Ribes a été fournie, non plus par l'hémorragie, mais pour accélérer le travail. Les deux enfants sont morts. Malgré la rapidité de la dilatation qui n'a duré qu'une heure et demie dans l'observation 15, la version suivie d'extraction n'a pas permis d'avoir un enfant vivant. Une césarienne basse aurait pu être discutée avant la mise en place du ballon, mais les signes de souffrance fœtale ont fait craindre

une opération inutile pour un fœtus prématuré de viabilité douteuse.

Dans l'observation 16, l'enfant né à 7 mois ne pesait que 1800 grs. La voie haute était nettement contre-indiquée pour ce prématuré qui est mort le 3^e jour.

Manœuvre de BRAXTON-HICKS

Elle réalise l'hémostase, à dilatation incomplète, en « asseyant » le fœtus sur le placenta par une version et abaissement d'un pied sans extraction immédiate. La terminaison de l'accouchement se fait spontanément.

Une main est introduite dans le vagin et deux doigts dans l'utérus « en embuscade ». Pendant ce temps, l'autre main amorce une version par manœuvres externes. Quand un pied passe à portée de la main utérine, celle-ci le saisit et l'abaisse à la vulve.

Ses indications et contre-indications sont, en général, celles de la version, en particulier, on l'éliminera en cas de gros enfant, d'utérus tendu. Elle expose aux déchirures du segment inférieur fragilisé par l'insertion vicieuse du placenta.

Ses résultats sont comparables à ceux du ballon de Champetier de Ribes avec une mortalité fœtale très élevée. PAUCOT, REEB donnent 83,60 %, HOFMEITER 63 %, SCHRÖDER 65 %, BEHM 83,4 %. C'est la plus fœticide de toutes les manœuvres obstétricales. La mortalité maternelle est de 13,72 % et la morbidité 23,28 % (PAUCOT, REEB).

Nous la considérons comme une opération de nécessité chez les multipares à poche des eaux non rompue ou rompue depuis peu, présentant une dilatation d'au moins 5 f. avec enfant mort ou fortement compromis en raison du pronostic foetal désastreux de la méthode.

MANŒUVRE DE BRAXTON-HICKS

OBSERVATION XVII, n° 135, 1941. — Mme D..., 35 ans.

V Pare.

Entrée le 14 avril.

D.R. 10 au 15 août 1940. 8 mois.

Hémorragies les 3 et 14 avril. Albuminurie. T.A. 16-11. Température 37° 9. Pouls 108. H.U. 27. Présentation céphalique, B.D.C. +. Dos à droite.

Au T.V. col béant, mal effacé. Présentation atteinte à droite au travers du segment inférieur. Placenta à gauche. Coryza grippal. En somme : Placenta prævia marginal.

— Albuminurie.

— Hypertension artérielle.

Il est indiqué d'intervenir par voie basse, car :

— Multipare.

— Travail déclenché (contractions utérines).

— Enfant petit avant terme probablement débile.

— Peu d'hémorragie.

— Etat grippal.

On fait : désinfection naso-pharyngée ;

rubiazol ;

rupture large des membranes.

Après celle-ci, la tête n'appuie pas sur le segment inférieur. On décide de faire une manœuvre de Braxton-Hicks. Le col souple laisse passer 3 doigts. On saisit le pied et on

fait la version. Le membre inférieur est attiré hors des voies génitales.

Peu après, efforts expulsifs, mais le col retient la tête dernière.

Infiltration du plexus hypogastrique avec de la novocaïne à 1 %. 5 cc. de chaque côté.

Extraction d'un enfant de 1.620 grs, impossible à ranimer (hémorragie méningée vérifiée par ponction lombaire). Délivrance naturelle avec rétention membraneuse. Placenta 340 grs sans petit côté.

Suites opératoires : grippe pendant 4 jours.

Sort le 12^e jour en très bon état.

Dans cette observation, l'état de l'enfant contre-indiquait les méthodes chirurgicales par voie haute. Prématuré et vraisemblablement débile, en raison de l'albuminurie de la mère, sa viabilité était plus que douteuse.

Pendant les suites de couches, la grippe n'a pas été aggravée.

Version par manœuvre internes et extraction

La version suivie d'extraction représente un des traitements les plus anciens du placenta prævia. Elle assure l'hémostase en évacuant l'utérus.

Les conditions de réalisation sont celles de toute version, c'est-à-dire qu'elle nécessite une dilatation complète et même archi-complète si on ne veut pas avoir d'ennui pour l'extraction de la tête dernière, une présentation mobile au détroit supérieur, un bassin normal permettant le passage du fœtus et enfin,

une poche des eaux intacte ou rompue depuis peu de temps.

Sa technique est connue et nous n'en parlerons pas. La pénétration de la main dans l'utérus se fait en rompant les membranes, parfois en perforant le placenta, si c'est nécessaire.

Cette méthode réalise souvent un traitement d'urgence et sera indiquée généralement pour arrêter l'hémorragie en dehors de toute question fœtale. Il faut savoir qu'elle n'est pas sans danger pour le segment inférieur fragilisé par l'insertion vicieuse du placenta et elle devra toujours être complétée par une révision utérine. Toute déchirure est alors justifiable de la laparotomie suivie d'hystérectomie.

Les résultats sont plutôt mauvais. PAUCOT et REEB donnent :

Mortalité maternelle	13,57 %
Morbidité maternelle	29,41 %
Mortalité fœtale	61,75 %

Il faut dire à la décharge de la méthode que celle-ci est, comme nous allons le voir, généralement pratiquée sur des femmes sérieusement anémiées.

VERSION SUIVIE D'EXTRACTION.

OBSERVATION XVIII, n° 175, 1939. — Mme P..., 35 ans,
V Pare.

Entrée le 30 mai à 9 h. 15.

D.R. 2 au 6 octobre 1938. 7 mois 1/2.

Elle a fait une hémorragie au début du mois, puis une autre le 30 pour laquelle elle entre d'urgence.

A l'examen, le pouls n'est pas accéléré. T.A. 9-7. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. La dilatation est à petite paume avec placenta recouvrant. En raison :

— de l'abondance de l'hémorragie ;

— de la dilatation avancée ;

— de la viabilité fœtale douteuse, et prématurée, il est décidé de faire une manœuvre de Braxton-Hicks : décollement du placenta, ouverture de l'œuf. Version. Abaissement des pieds. La dilatation s'étant complétée, on pratique l'extraction d'un enfant de 1.800 grs criant peu après. Délivrance immédiate 510 grs.

Après ces manœuvres, la femme présente un frisson, le surlendemain, la température monte à 38° 7, mais redescend ensuite entre 37° 4 et 37° 8.

Malgré l'avis du chef de service, la mère et l'enfant sortent le 8^e jour, celui-ci ne pèse que 1.640 grs.

OBSERVATION XIX, n° 179, 1939. — Mme M., 22 ans, III Pare.

Entrée le 4 juin à 12 h. 45 d'urgence pour une hémorragie survenue au cours du travail à 10 heures.

A l'examen, il s'agit d'une femme saignée à blanc. Le pouls et la T.A. sont imprenables. Il s'agit d'un placenta prævia central. L'hémorragie est traitée par le sérum, le pressyl et la strychnine, cependant qu'il est pratiqué une version en passant sur le bord du placenta avec extraction d'un enfant mort pesant 3.900 grs.

Après cette intervention, on refait du sérum glucosé et huile camphrée. L'hémorragie s'arrête, la rétraction utérine est bonne, mais la femme meurt avant qu'on ne puisse faire la transfusion (13 h. 30).

OBSERVATION XX, n° 377, 1941. — Mme L., 36 ans, VIII Pare.

Entrée le 23 septembre 1941.

D.R. 13 au 16 décembre. A terme.

Hémorragie le 15, le 22 et le 23 septembre.

A son arrivée, température 37° 9. Pouls à 96. H.U. 31 cm. Utérus étalé. Le segment inférieur est vide, tête dans la fosse iliaque droite, B.D.C. +. Au T.V. membre supérieur gauche procident. Dilatation pratiquement complète. Hémorragie. Pas de placenta nettement senti. Parties molles souples.

Diagnostic: Présentation de l'épaule gauche en dorso-antérieure. Insertion basse du placenta, variété latérale probable.

Indications thérapeutiques Version par manœuvres internes et grande extraction suivies de délivrance artificielle et de révision utérine, la poche des eaux étant rompue depuis 2 h. 45.

Version et extraction d'une fille pesant 3.210 grs. criant presque aussitôt.

Délivrance artificielle.

Révision utérine : l'utérus est bien rétracté, mais il existe une brèche importante dans le cul-de-sac postérieur et latéral du vagin.

Indication d'une laparotomie immédiate.

Anesthésie au Balsoforme.

Hystérectomie. Suture du vagin et du col au-devant d'un gros drain introduit dans le col, Mickulicz.

Fermeture de la paroi en un plan aux bronzes.

Transfusion sanguine de 400 grs pendant laquelle la femme meurt, probablement de choc, car hémorragie peu importante dans l'ensemble.

VERSION PAR M. I.

OBSERVATION XXI, n° 193, 1943. — Mme B..., 24 ans, VIII Pare. (1 fille mort-née, 1 forceps.)

Entrée le 9 mars 1943.

D.R. 17 au 25 juillet, 8 mois.

Hémorragie 15 février, 9 mars (hospitalisation).

Diagnostic : Placenta inséré bas.

Numération globulaire. Extraits hépatiques.

Hématies	3.350.000
Leucocytes	5.600
Neutrophiles	66
Eosinophiles	1
Lymphocytes	21
Moyens mononucléaires	10
Monocytes	2

Sort du service le 28 mars.

Hémorragie le 3 avril, légère et le 7 plus abondante qui l'amène à nouveau à la Maternité.

A l'examen, bon état général. Pouls 84. T.A. 10-7. Placenta prævia variété marginale.

Rupture artificielle de la poche des eaux à dilatation 1, 2 f.

Deux heures après, reprise de l'hémorragie ; aggravation de l'état général. Les bruits du cœur ne sont plus perçus.

(M. le docteur Gaugain) : Version podalique et grande extraction de siège suivie de délivrance artificielle et de révision utérine. Transfusion 350. Enfant mort 3.420 grs.

Suites de couches normales. Sort le 15^e jour.

OBSERVATION XXII, n° 341, 1943. — Mme C..., 35 ans, VI Pare. (1 forceps.)

Entrée le 26 juin. 8 mois 1/2.

D.R. 30 septembre au 4 octobre.

A son entrée, hémorragie. Poche des eaux rompue spontanément depuis 8 heures. Dilatation complète. Placenta prævia central. Enfant mort.

Version par M. I. Extraction d'un enfant mort de 2.270 grs. Délivrance artificielle et révision utérine.

Suites de couches normales.

Sort le 10^e jour.

Ces cinq observations nous donnent le résultat suivant :

Mortalité maternelle 2 cas, soit 40 %.

Morbidité maternelle .. 1 cas

Suites simples 2 cas

Mortalité fœtale 3 cas, soit 65 %.

Les décès maternels sont dûs, dans l'observation 19, à l'état d'anémie aiguë de la femme qui fut au-dessus de toute thérapeutique ; dans l'observation 20, au choc occasionné par l'hystérectomie nécessitée par la déchirure du cul-de-sac vaginal. Dans le premier cas, l'hospitalisation préalable (sur laquelle nous reviendrons plus loin) aurait certainement permis d'agir plus vite et plus efficacement.

Les décès fœtaux sont dûs à l'anémie aiguë de la mère dans les observations 19 et 21. L'enfant était mort à son arrivée dans le service, dans l'observation 22. Aucun de ces trois décès n'est imputable à la version, puisque survenus avant elle.

La transfusion sanguine a été pratiquée deux fois, dont une avec succès (obs. 21). On n'a pas eu le temps de la faire dans l'observation 19.

PROCÉDÉS CHIRURGICAUX

Les procédés chirurgicaux actuellement employés peuvent être classés en méthodes mutilatrices, c'est-à-dire césariennes avec hystérectomie, et conservatrices, c'est-à-dire les césariennes simples, vaginale, corporéale ou supra-symphysaire. Il faut en rappo-

cher l'opération de PORTES ou l'extériorisation temporaire de l'utérus permet d'éviter l'ablation de la matrice dans certains cas infectés.

Césarienne vaginale

Elle a été proposée par DUHRSEN en 1896, mais effectuée par BUMM et DÖDERLEIN. Elle s'apparente beaucoup plus aux procédés obstétricaux que chirurgicaux. En effet, sa technique consiste, l'utérus étant abaissé et les culs-de-sac vaginaux ouverts, à inciser les faces antérieure et postérieure de l'utérus depuis l'orifice externe jusqu'à l'interne et au-delà. On procède par cette voie à l'extraction du fœtus, soit par forceps, soit par version. Ainsi, le péritoine n'est pas intéressé, les dangers d'infection de la grande cavité sont nuls, l'opération est assez rapide et relativement simple. Mais en regard de ces avantages les inconvénients sont très sérieux : extension des incisions, lésions de la vessie et du péritoine, nécessité d'avoir affaire à un petit fœtus.

Enfin, les résultats opératoires sont là pour constater que la mortalité maternelle est assez élevée : 15,38 % et la mortalité fœtale 39,13 % (PAUCOT, REEB).

Actuellement, cette méthode est à peu près abandonnée comme traitement du placenta prævia. Ses indications très restreintes concernent des enfants prématurés, petits, à viabilité douteuse ou quand l'infection manifeste interdit toute opération par voie abdominale. A ce point de vue, cependant, l'hystérec-

tomie et même la césarienne basse permettent d'opérer des cas à infection certaine, mais pas trop accentuée, diminuant ainsi les indications de la césarienne vaginale.

Jean RAVINA cite deux cas de césarienne vaginale sans mortalité maternelle ni foétale où l'opération fut réalisée *d'urgence*, car facile et rapide chez deux femmes III pare à col souple et déjà dilaté.

Nous l'avons pratiquée dernièrement chez une III pare enceinte de 6 mois 1/2 par suite de la persistance de l'hémorragie après la rupture large des membranes et devant la nécessité d'évacuer rapidement l'utérus en raison de l'aggravation de l'état général de la mère. Les suites maternelles ont été très bonnes. L'enfant qui ne pesait que 1660 gr. n'a survécu qu'une heure et demie.

La césarienne vaginale doit rester une méthode d'exception.

Césarienne corporéale

Ce fut la première césarienne effectuée. Sa technique très simple et son efficacité lui ont assuré de beaux succès. Les résultats donnés par PAUCOT et REEB sont les suivants :

Mortalité maternelle	12,65 %
Morbidité maternelle	50,74 %
Mortalité foétale	16,17 %

Le pronostic foetal est ainsi amélioré par rapport aux méthodes obstétricales. Mais on reproche à la

césarienne corporeale sa forte mortalité et morbidité maternelles, celle-ci dûe à la fréquence de l'infection péritonéale, et le danger de rupture de la suture utérine à l'occasion d'accouchements ultérieurs.

Elle a à peu près les mêmes indications que la césarienne basse, mais les gros avantages de celle-ci, surtout dans la prophylaxie de l'infection, ont considérablement diminué sa pratique.

Nous n'avons qu'une seule observation dans laquelle l'opération fut exécutée par le chirurgien de garde. L'enfant est né un peu étonné. Les suites de couches ont été légèrement fébriles.

CESARIENNE CORPOREALE

OBSERVATION XXIII, n° 299, 1943. — Mme M..., 30 ans, IV Pare.

Entrée le 5 juin 1943.

D.R. 25 au 29 août 1943. A terme.

Hémorragies aux 7^e et 8^e mois et le 4 juin.

A son arrivée, la femme saigne assez abondamment. Pouls à 120. T.A. 5-2. Asthénie très marquée. B.D.C. +. Présentation du siège. Le col est long, perméable. On arrive sur le placenta, mais on ne sent pas les membranes.

Césarienne corporeale (M. le docteur Lecocq).

Anesthésie au balsoformé, suivie d'une transfusion sanguine 300 cc.

Garçon 3.720 grs, né étonné, pousse très bien.

Mère : légère température aux environs de 38° pendant 9 jours.

Césarienne basse

Elle représente le traitement chirurgical de choix du placenta prævia. L'hystérectomie porte, non plus sur le corps de l'utérus, mais sur le segment inférieur. Le péritoine est incisé au niveau du cul-de-sac vésico-utérin, puis décollé jusqu'à sa ligne de solide attache.

Cette technique, plus difficile, mais aussi bien réglée que celle de la césarienne corporéale, procure, par rapport à celle-ci de très gros avantages, pour la mère notamment, dans la prophylaxie de l'infection. Les suites opératoires sont plus simples, la morbidité moins élevée, car la grande cavité péritonéale n'est pas intéressée. Elle permet d'intervenir pour des cas dits « impurs » (et non pas infectés) comme cela se voit souvent quand la poche des eaux est rompue depuis quelque temps. Le danger de rupture de la cicatrice à l'occasion d'une nouvelle grossesse est très rare. On n'en compte que quelque cas sur des milliers de césariennes basses. L'inconvénient de trouver le placenta inséré sur la face antérieure du segment inférieur ne se rencontre qu'une fois sur trois ; l'hémorragie qui en résulte est rapidement jugulée par la délivrance artificielle.

Son indication apparaît formelle dans certains cas. Jeanne VERSINI pose l'équation : *Placenta purement central* chez une femme à terme ou à voisinage du terme avec enfant vivant = césarienne supra-symphysaire. Il faut y ajouter l'existence d'une dystocie associée et les hémorragies abondantes, car elle assure

une hémostase rapide. La mort du fœtus ne la contre-indique pas (voir notre observation 26). GRASSET la pratique même plus pour l'hémostase que pour extraire un enfant vivant. L'infection confirmée commande l'hystérectomie.

Sa seule contre-indication est son inutilité. La pratique systématique de la césariennè basse pour placenta prævia n'est pas admissible. Il y a de nombreux cas bénins où l'accouchement se fait spontanément ou après simple rupture large des membranes.

Les résultats marquent un progrès considérable dans le pronostic fœtal et c'est là la raison de son succès et de son extension :

Mortalité maternelle	4,33 %
Morbidité maternelle	non différenciée.
Mortalité fœtale	11,11 %

(PAUCOT, REEB.)

CESARIENNE BASSE

OBSERVATION XXIV, n° 344, 1938. — Mme A..., 27 ans, IV Pare.

Entre le 16 novembre 1938 à 21 h. 30 pour hémorragie abondante.

D.R. 5 au 12 mars. 8 mois.

A déjà saigné le 22 octobre et le 3 novembre.

A l'examen, H.U. 36 cm. ; quelques contractions.

La tête semble dans l'hypocondre droit et le dos à gauche,

B.D.C. +.

Au T.V. col irrégulier, déhiscent. Présentation très élevée.

Surveillance et camphre.

Le lendemain, l'hémorragie est plus abondante, la femme plus fatiguée. B.D.C. +. Dilatation entre 1 à 2 f. Il s'agit d'une

variété centrale de placenta prævia pour laquelle on fait une césarienne basse sous anesthésie au balsoforme.

Enfant, garçon 3.410 grs, pousse bien.

Mère fait un clocher thermique à 39° 5 le lendemain de l'opération, température qui reste aux environs de 38° pendant huit jours. Sort le 16^e jour avec une température de 37° 1.

OBSERVATION XXV, n° 169, 1939. — Mme L..., 36 ans, IV Pare.

Entrée le 15 mai.

D.R. 5 au 7 août 1938. A terme.

Sa grossesse a été émaillée de nombreuses hémorragies : 17 septembre, 2 mars, début avril, 27 avril, 13 mai, 15 mai.

A son entrée, l'état général est bon. Pouls 72. Température 37° 1. T.A. 12-8. Placenta inséré bas. Mis en surveillance et hépacrine.

L'hémorragie persiste, mais très légère. Une numération globulaire faite le 22 mai donne le résultat suivant :

Hématies	4.100.000
Glob. bl.	8.700
Hémoglobine	85 %
Valeur globulaire	1,02
Neutrophiles	68
Eosinophiles	2
Monocytes	6
Lymphocytes	24

Le 24 mai, à 19 heures, hémorragie assez abondante, sans signes généraux, ni début de travail.

A 21 h. 30, hémorragie abondante. Facies pâle. T.A. 12-8, Pouls 120. Les bruits du cœur foetal sont mal frappés et irréguliers, l'utérus est tendu. Au toucher vaginal, le col est dilaté comme 1 fr. mais mal effacé. Placenta central. Présentation très élevée.

22 heures, on se décide à faire une césarienne basse en raison de :

- L'abondance de l'hémorragie chez une femme ayant déjà saigné.
- Le travail très peu avancé.
- L'enfant ne pouvant supporter des manœuvres par en bas.
- Et surtout, placenta pratiquement central.

Anesthésie : Bâsoforme.

0 h. 15 : après l'opération suivant la technique habituelle, la femme continue à saigner, l'état général reste très grave. On fait post. hypophyse, gynergène, sérum sous-cutané (500 cc.) et intra-veineux (300 cc.) et transfusion de 450 grs.

2 heures : L'état général est un peu amélioré, mais l'hémorragie continue. On se propose de faire un tamponnement intra-utérin après une nouvelle transfusion, mais la femme succombe au début de celle-ci.

L'enfant pesait 3.910 grs et a été raminé après quelques instants.

OBSERVATION XXVI, n° 171, 1942. — Mme D..., 34 ans, V Pare (1 avortement de 6 semaines).

Entrée le 31 mars.

D.R. 14 au 18 juin 1941. A terme.

Hémorragie légère le 14 mars, très importante le 31, pour laquelle elle est hospitalisée.

Examen : H.U. 33 cm. Dos à gauche, tête en bas. Pas de B.D.C.

Au T.V. col long, perméable, placenta perçu à gauche recouvrant l'orifice cervical, mais à droite, les membranes peuvent être atteintes (variété marginale). Etat général mauvais, pouls très rapide, T.A. imprenable. En raison : de l'hémorragie et des signes généraux, de l'absence de travail.

Malgré : enfant mort.

 multipare à col souple.

 variété marginale.

On se décide à faire une césarienne basse.

Anesthésie : Balsoforme.

Avant l'intervention 1 l. de sérum physiologique avec bicarbonate et hyposulfite I.V.

Enfant mort-né 3.450 grs.

Suites de couches normales.

Sort le 15^e jour.

OBSERVATION XXVII, n° 345, 1943. — Mme C..., 33 ans, VII Pare.

Entrée le 26 juin 1943.

D.R. 12 au 20 octobre: 8 mois.

Hémorragies au 5^e, 6^e et 8^e mois.

Examen : Hémorragie abondante. Pouls rapide. Pâleur, sueurs froides. H.U. 33. B.D.C, irréguliers, tête en bas très élevée. Au T.V. col mal effacé, perméable aux deux orifices. Placenta inséré bas, variété recouvrante. La césarienne basse est indiquée, car : abondance de l'hémorragie — signes de souffrance fœtale — variété recouvrante du placenta. Travail seulement au début. Auparavant, transfusion 400 grs.

Anesthésie Balsoforme. Enfant de 2.570 grs ranimé au bout de 10 minutes. Mort le lendemain (hémorragie méningée). Suites de couches normales. Sort le 14^e jour.

OBSERVATION XXVIII, n° 610, 1943. — Mme F..., 41 ans, VI Pare.

Antécédents : scarlatine, avortement de 3 mois.

Entrée le 14 novembre.

D.R. 10 au 12 février. A terme.

Hémorragies le 21 octobre, le 2 et le 14 novembre.

A son arrivée, pas d'hémorragie, bon état général. T.A. 11-7.

H.U. 36 cm. Tête en bas tendant à fuir dans la fosse iliaque droite. Dos à gauche, B.D.C. +.

Diagnostic : Placenta prævia à surveiller.

La numération globulaire donne :

Hémoglobine	90 %
Hématies	4.050.000
Leucocytes	8.060
Polynucléaires neutrophiles	70
Lymphocytes	22
Moyens mononucléaires	4
Monocytes	4

Le 25 novembre, rupture spontanée prématurée des membranes.

A 6 heures, utérus a quelques contractions. B.D.C. +. Tête élevée mobile, tendant à fuir dans la fosse iliaque droite.

Au T.V. hémorragie légère. Col encore long, perméable à ses deux orifices. On sent le placenta dans la partie gauche du col. A droite, on atteint la présentation.

Diagnostic : Placenta inséré bas, variété marginale.

Mise en observation courte et césarienne éventuelle.

A 11 h. 45, hémorragie de moyenne abondance. T.A. 12-8.

Indication opératoire en raison de :

- l'abondance de l'hémorragie ;
- l'absence véritable de travail ;
- la souffrance fœtale.

Rachianesthésie à la scurocaïne : césarienne basse.

Extraction d'un enfant de 3.890 grs impossible à ranimer, malgré les soins habituels et une transfusion de 50 cc.

Suites opératoires : température entre 38° et 39° jusqu'au 20^e jour, date à laquelle elle sort malgré l'avis du chef de service.

OBSERVATION XXIX (Clinique). — Mme V..., 26 ans, II Pare.

A terme, est hospitalisée pour hémorragies dues à un placenta prævia, et présentation du siège.

Le 15 août 1941, elle fait une hémorragie grave: Le col est perméable.

Anesthésie générale à l'éther. Césarienne basse.

Suites de couches normales.

Enfant vivant.

OBSERVATION XXX (Clinique). — Mme G..., 30 ans, II Pare.

A terme, entrée d'urgence le 6 novembre 1941 pour hémorragie.

A l'examen, placenta prævia marginal. Col dilaté à 2 f.

Anesthésie générale à l'éther. Césarienne basse.

Enfant vivant.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXI (Clinique). — Mme B..., 35 ans, III Pare.

A terme, entrée d'urgence le 6 novembre 1941 pour hémorragies liées à un placenta prævia.

Le 3 janvier 1943, hémorragie au début du travail. Pas de dilatation.

Césarienne basse sous anesth. générale à l'éther.

Enfant vivant.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXII (Clinique). — Mme H..., 29 ans, VI Pare.

Mais 5 avortements antérieurs. Elle fait une hémorragie 15 jours avant terme, pour laquelle elle entre à la clinique.

Hémorragie au début du travail.

Anesthésie générale à l'éther et césarienne basse en raison de la valeur de l'enfant.

Enfant vivant.

Suites de couches normales.

Ces neuf observations nous donnent :

Mortalité maternelle .. 1 soit 11,11 %

Morbidité maternelle .. 2 soit 22,22 %

Mortalité foetale 3 soit 33,33 %

Le décès maternel (obs. 25) est dû à l'inertie utérine après la césarienne et malgré une transfusion de 450 cc. L'anémie pré-opératoire n'était pas trop importante, l'enfant est né vivant. Mais cette IV pare de 36 ans aurait peut-être été justiciable de l'hystérectomie. Les trois décès fœtaux se répartissent ainsi :

obs. 26 : l'enfant était mort avant l'intervention ;
celle-ci fut indiquée en raison de
l'état d'anémie aiguë de la mère.

obs. 27 : l'enfant est mort le lendemain d'hémorragie méningée vérifiée par la P. L.

obs. 28 : enfant mort-né.

Dans ces deux derniers cas, il existait des signes de souffrance fœtale, mais dans le premier, la femme est arrivée trop tard pour l'intervention.

Les indications de la césarienne ont été fournies par un ensemble de facteurs dans lesquels prédomine l'importance de l'hémorragie associée à une variété centrale ou à l'absence de travail. Dans un cas (obs. 32), elle fut motivée par la valeur de l'enfant.

Césarienne et hystérectomie

L'ablation de l'utérus après la césarienne représente le plus sûr moyen de combattre efficacement l'hémorragie. Il s'agit, généralement, d'une hystérectomie subtotale.

Ses indications sont fournies essentiellement par l'importance de l'anémie qui nécessite une hémostase urgente et définitive dans 44,89 % des cas et par l'in-

fection manifeste dans 30,65 % des cas (PAUCOT et REEB). Accessoirement, il faut ajouter la difficulté d'extraction du placenta acreta, l'existence d'une dystocie ayant déjà conduit à plusieurs césariennes, la crainte d'inertie utérine chez la multipare. Enfin, l'hystérectomie est formellement indiquée en cas de lésions traumatiques de l'utérus consécutives à certaines manœuvres obstétricales comme la version.

Les contre-indications sont tirées de ses deux conséquences physiologiques : la ménopause artificielle et la perte de la fonction de reproduction, aussi le problème doit-il être envisagé différemment suivant la parité et l'âge de la femme. Chez la primipare, le sacrifice de l'utérus ne doit être consenti qu'après examen mûrement réfléchi et quand la vie de la mère est immédiatement en danger : ce sera une opération de nécessité. Chez la grande multipare, au contraire, la fonction de reproduction a déjà été bien satisfaite et l'âge avancé réduit les inconvénients de la ménopause artificielle. L'on peut, d'ailleurs, obvier à cet inconvénient par la conservation annexielle toujours facilement réalisable. L'utérus est de moins bonne qualité et l'on peut craindre, après la délivrance, une mauvaise rétraction du muscle favorisant, et l'hémorragie, et l'infection des suites de couches dont l'effet nocif se surajoute alors à l'état d'anémie préexistant. Dans ce cas, l'hystérectomie sera plutôt une opération de sécurité.

Les résultats ne sont pas très bons, puisqu'ils donnent (PAUCOT et REEB) :

Mortalité maternelle	18,33 %
Mortalité fœtale	25,00 %

Cette forte mortalité maternelle s'explique par le nombre important des interventions de désespoir.

Nos trois observations constituent des opérations de sécurité, chez des 13, 10 et 4^e pares, motivées par l'hémorragie, et un léger degré d'infection pour l'observation 34, comme le montre la formule leucocytaire. Aussi les résultats sont-ils très bons, puisqu'il n'y a ni décès maternel, ni décès fœtal.

Dans un cas, les suites de couches ont été fébriles et dans un autre, il y eut un hématome de la paroi.

Nous pourrions ajouter ici l'obs. 11, dans laquelle l'hystérectomie a été faite pour rupture utérine après un accouchement absolument normal et l'obs. 20 dans laquelle elle fut indiquée pour rupture du cul-de-sac vaginal postérieur après la version. Ce dernier cas a entraîné le décès de la mère.

CESARIENNE ET HYSTERECTOMIE

OBSERVATION XXXIII, n° 382, 1938. — Mme H..., 44 ans, XIII Pare.

Entrée le 7 décembre à 5 heures.

Antécédents : un curettage et une gémellaire.

D.R. fin mars 1938. 8 mois.

Hémorragie le 20 octobre.

A l'examen, H.U. 33 cm. Présentation céphalique. Dos à gauche, B.D.C. +. Au T.V. col long, fermé. Présentation impossible à atteindre, masquée par un écran. Sang au toucher, T.A. 13,5-5,5.

Diagnostic : insertion basse du placenta très probable. En raison de l'absence de travail et d'hémorragie on se borne à la surveillance. Numération globulaire du 9 décembre 1938 :

Hématies	3.131.000
Leucocytes	7.130
Hémoglobine	80 %
Polynuc. neutrophiles	65
Eosino	3
Lymphocytes	29
Monocytes	3

Hépatrol injectable.

Le 27 décembre : hémorragie abondante ;
début de travail ;
présentation de l'épaule ;
grande multipare âgée.

font faire césarienne avec hystérectomie. Anesthésie générale au balsoforme. Fille de 3.200 grs, pousse très bien.

Suites opératoires : température aux environs de 38° pendant deux semaines.

OBSERVATION XXXIV, n° 14, 1941. — Mme C..., 30 ans,
X Pare.

Antécédents : 1 gémellaire.

Entrée le 14 janvier pour hémorragie.

D.R. 17 au 20 avril 1940. A terme.

Hémorragies les 6 nov., 22 nov., 13 janvier.

A l'examen, placenta inséré bas, variété marginale. Pas de début de travail.

Surveillance.

Numération globulaire :

Hématies	3.490.000
Leucocytes	18.900
Neutrophiles	85
Lymphocytes	15
Hémoglobine	80 %

L'hémorragie continue le lendemain et toujours pas de signe de travail.

Indication : césarienne plus hystérectomie.

Anesthésie au balsoforme.

Garçon 3.050 grs, pousse très bien.

Placenta 470 grs.

Suites de couches : hématome de la paroi.

Sort le 20^e jour.

OBSERVATION XXXV (Clinique). — Mme M..., 33 ans, IV Pare.

Entrée d'urgence le 23 mars 1941 pour hémorragie très abondante. L'examen montre un col dilaté à 5 f. avec un placenta prævia recouvrant.

Anesthésie à l'éther. Césarienne basse et hystérectomie subtotale.

Enfant vivant.

Suites de couches normales.

RÉSULTATS

Après l'analyse de ces 35 observations, nous pouvons faire la synthèse suivante :

Mortalité maternelle 3, soit 8,57 %

Morbidité maternelle 10, soit 28,57 %

Suites simples 22, soit 62,85 %

Suites fœtales :

Vivants 22, soit 62,85 %

Mort-nés 9

Mortalité au-dessus de

1800 grs 10

Mortalité totale 13, soit 37,14 %

Les décès maternels sont dûs à l'anémie aiguë de la femme (obs. 19), à l'inertie utérine post-opératoire (obs. 20).

Les résultats des différentes méthodes employées sont condensés dans le tableau suivant :

	Rupt. large des membranes 14 obs.	Autres méthodes obstétr. 8 obs.	Chirurgie 13 obs.
<i>Suites maternelles :</i>			
Simples	11	3	7
Morbides	3	3	5
Décès	0	2	1
<i>Suites fœtales :</i>			
Vivants	10	2	10
Mort-nés	2	5	2
Morts secondaires	2	1	1
Morts au-dess. de 1.800 gr..	3	4	3
Mortalité globale	4	6	3

Nous voyons tout de suite que pour la mère :

- la rupture large des membranes n'a aucun décès sur 14 cas ;
- les autres méthodes obstétricales ont deux décès sur huit, soit 25 % ;
- la chirurgie a un décès sur 13 cas, soit 7,6 % ;
- la morbidité est de 21,4 % pour la rupture large des membranes, 37,5 % pour les autres méthodes obstétricales et 38,4 % pour la chirurgie.

Au point de vue fœtal :

- la rupture large des membranes donne une mortalité fœtale totale de 28,5 % ;
- les autres méthodes obstétricales, 75 % ;
- la chirurgie, 23 %.

La chirurgie comporte donc le meilleur pronostic fœtal et encore on est intervenu une fois pour un enfant mort. Les méthodes obstétricales donnent le résultats désastreux de 75 %.

Pour la mère, ce sont encore les méthodes obstétricales qui donnent la plus forte mortalité : 25 % contre 7,6 % à la chirurgie et 0 à la rupture large des membranes. La morbidité est sensiblement identique pour la chirurgie et les méthodes obstétricales.

LES INDICATIONS

La lecture des observations montre la très grande diversité des cas cliniques et le nombre élevé des traitements proposés. Ceux-ci, d'ailleurs, ne doivent pas s'opposer, mais se compléter. Chacun d'eux est établi en fonction de facteur de valeur inégale que nous allons maintenant passer en revue :

1° *L'hémorragie a une importance capitale.* Si elle est bénigne, avec conservation de l'état général, on aura tendance à recourir aux méthodes obstétricales. Au contraire, si elle est très marquée, elle nécessitera une thérapeutique d'urgence. La césarienne, parfois suivie d'hystérectomie, représente alors la méthode d'hémostase la plus rapide et la plus sûre. Pour certains accoucheurs même, la chirurgie est alors formellement indiquée, quel que soit, par ailleurs, l'état de dilatation du col (LABHARDT). Il va sans dire que, entre ces deux cas extrêmes, tous les intermédiaires sont possibles. Mais il faudra se souvenir que chez les femmes déjà anémiées par des hémorragies antérieures, à répétition, il suffit parfois d'une perte de sang minime pour entraîner une évolution fatale.

2° *L'état du col*, plus spécialement sa dilatation et accessoirement sa souplesse, son intégrité, est un élément décisif de certaines méthodes. A dilatation complète, le forceps ou la version avec grande extraction de siège assurent l'évacuation utérine immédiate, si besoin est. Si la dilatation est à 5 f. ou plus, on aura tendance à employer les méthodes obstétricales et particulièrement version et ballon. A dilatation incomplète, le ballon de Champetier de Ribes et la version de Braxton-Hicks peuvent être utilisés après échec de la rupture large des membranes. Quand le col est long et fermé, la chirurgie reprend ses droits, spécialement chez la primipare.

3° *Les variétés d'insertion du placenta*. Chaque fois que les membranes sont accessibles, il faut les rompre largement, aseptiquement et escompter un accouchement normal. Mais la variété recouvrante est justiciable de la césarienne, car les méthodes obstétricales qui perforent le placenta sont actuellement condamnés par la plupart des accoucheurs.

4° *L'état du fœtus*. Le fœtus, près du terme, aura, dans les cas sérieux, un pronostic bien amélioré par la césarienne et celle-ci devra être employée sur le désir formel de la mère d'avoir un enfant vivant. Mais dans les grossesses de six à sept mois, ou lorsque le fœtus a souffert, il semble inutile d'infliger à la mère une opération par voie abdominale pour un fœtus à viabilité douteuse. Les méthodes obstétricales sont alors suffisantes.

5° *Le degré d'infection.* Dans les cas nettement infectés avec début d'infection amniotique, la césarienne avec hystérectomie s'impose. Mais les cas dits « impurs » peuvent dans une certaine limite être traités par la césarienne supra-symphysaire, à condition, bien entendu, que la voie basse ne soit pas indiquée.

6° Les dystocies associées commandent généralement le traitement chirurgical et plus spécialement les bassins viciés qui rendent le travail plus long, plus difficile et par cela même favorisant l'infection et la procidence du cordon toujours irréductible. La présentation de l'épaule peut, en l'absence de toute urgence, relever de la version à dilatation complète suivie d'extraction.

7° *La parité de la femme.* On a tendance actuellement à réserver la césarienne aux primipares. Chez les multipares, qui représentent la grosse majorité, on peut espérer un travail plus rapide et plus facile et le col se dilate mieux sous l'influence des procédés obstétricaux. Mais il faut savoir que chez elles on est plus exposé aux hémorragies de la délivrance dont l'effet nocif s'ajoute à celui de l'anémie préexistante. Aussi, sont-elles parfois justiciables de l'hystérectomie.

On conçoit que l'intrication et l'importance variable de ces facteurs influent grandement sur la conduite à tenir, et que l'éclectisme soit nécessaire en présence de cas aussi nombreux que variés. Nous

pensons, toutefois, que l'on peut grouper les observations en trois groupes :

a) *Cas où, d'emblée, le traitement doit être chirurgical.*

- 1) primipare à terme au début du travail, avec un placenta recouvrant ;
- 2) hémorragie très grave avec état général mauvais ;
- 3) infection amniotique avec col incomplètement dilaté ;
- 4) dystocies associées et surtout bassin vicié, présentation de l'épaule, procidence du cordon.

b) *Cas où, d'emblée, le traitement doit être obstétrical.*

- 1) Hémorragie légère avec bon état général et placenta latéral, marginal ou partiellement recouvrant ;
- 2) Col à dilatation complète ou presque complète ;
- 3) Fœtus à viabilité douteuse ou mort.

Dans ces cas, chaque fois que cela sera possible, il faudra, comme le préconise BALARD, faire « l'épreuve de la rupture large des membranes » comme on pratique l'épreuve du travail, dans les bassins limites. Mais cette épreuve doit se juger rapidement (24 heures au maximum pour HÉBERT) et être faite aseptiquement. Ainsi, dans certains cas où elle s'avère inefficace, elle réserve la possibilité du recours à d'autres méthodes obstétricales ou chirurgicales et plus spé-

cialement, elle ne contre-indique pas la césarienne basse.

c) Entre ces cas qui paraissent bien tranchés, il y a toute la gamme des cas intermédiaires et ils sont très nombreux. C'est là que l'appréciation personnelle, le sens clinique, les goûts de l'accoucheur feront opter pour telle méthode ou telle autre. Ceci explique les différences parfois énormes des statistiques relatives au pourcentage des cas traités par voie basse ou par voie haute, et notre préférence va certainement à l'opération césarienne, moyen sûr d'hémostase et de pronostic fœtal excellent.

La rupture large des membranes doit être considérée comme la base de tout traitement obstétrical en raison de sa simplicité, de son efficacité et de ses bons résultats. Les autres méthodes, comme la pose du ballon de Champetier de Ribes, la version de Brixton-Hicks, la version avec extraction à dilatation complète rendent évidemment, de grands services. Mais elles sont toutes les trois grevées d'une lourde mortalité fœtale de 60 à 80 %. Aussi, sont-elles souvent utilisées comme « méthodes de nécessité ». C'est, d'ailleurs, à leurs dépens que la césarienne basse a vu augmenter le nombre de ses indications.



LES MÉTHODES AUXILIAIRES DU TRAITEMENT

LA TRANSFUSION

La gravité de l'insertion vicieuse du placenta étant liée à l'hémorragie qu'elle occasionne, il est logique de ranger dans sa thérapeutique, et cela au tout premier plan, la transfusion sanguine. Maintenant que sa technique est bien réglée et son application facile, elle est couramment employée.

Avec TZANCK, il faut diviser ces hémorragies en deux groupes. Dans le premier, la perte sanguine plus ou moins abondante, mais unique, est assez facilement réparée par mise en circulation des éléments figurés contenus dans les organes hématopoïétiques. Dans la deuxième, l'hémorragie moins abondante, mais prolongée et à répétition, entraîne par le même mécanisme une anémie plus grave. Les réserves globulaires s'épuisent et au moment de l'accouchement, il peut suffire d'une perte minime pour entraîner un état de choc intense avec déséquilibre vago-sympathique. Dans ce cas, le plus fréquent, la transfusion est tout particulièrement indiquée : elle relève la

tension artérielle et apporte les éléments figurés indispensables, alors que dans le premier, une injection de sérum artificiel peut suffire.

Les bienfaits de la transfusion sont reconnus par tous les accoucheurs. Elle a permis à HAUCH de Copenhague de voir la mortalité pour hémorragie abaissée de 6,30 à 2,40 %. Nous l'avons pratiquée cinq fois, dans des cas particulièrement graves, avec deux décès. Dans l'observation 20, la femme est morte de choc plus que d'hémorragie (hystérectomie pour rupture utérine après version. Dans l'observation 25, la femme arrivée exsangue était au-dessus de notre thérapeutique. Chaque fois que cela est possible, nous adjoignons, avant l'accouchement, un traitement anti-anémique. La numération globulaire systématique renseigne sur le degré de l'anémie.

Ces hémorragies de la mère ont leur répercussion sur l'enfant et expliquent sa particulière fragilité. Des signes de souffrance fœtale caractérisés uniquement par des modifications des bruits du cœur se retrouvent dans 6 observations. Pour cette raison, nous avons essayé une transfusion de 50 cc. à l'enfant dans l'observation 28, mais sans succès. La méthode apparaît logique, mais d'application rare en raison de la forte morti-natalité (9 cas pour 4 morts secondaires, dont deux seulement au-dessus de 1800 grs).

L'ANESTHÉSIE

Le problème de l'anesthésie à employer dans les opérations obstétricales ou chirurgicales motivées par l'insertion basse du placenta a suscité quelques discussions. Nous disposons à cet effet, soit de l'anesthésie par inhalation qui semble la plus fréquemment employée avec l'éther, le chloroforme, le mélange de Schleich ou le balseforme, soit de l'anesthésie rachidienne.

Pour les méthodes obstétricales, nous avons utilisé le balseforme avec de très bons résultats, mais c'est surtout pour les interventions chirurgicales que la rachianesthésie est discutée. On lui reproche surtout son action hypotensive dont l'effet nocif se surajoute à celui de l'anémie pré-existante et du choc opératoire. Elle entrave aussi l'hémostase spontanée après la délivrance, car les sinus utérins paralysés se referment mal. PHANEUF la considère comme dangereuse.

Mais certains accoucheurs en sont des partisans convaincus, comme LEROUX (de Nantes). REEB l'emploie volontiers en raison du remarquable silence abdominal qu'elle procure. Son effet hypotenseur est en partie corrigible par l'éphédrine. GUIRAUDEN (de Sète) signale son innocuité chez les parturientes saignées à blanc et se demande si celles-ci n'ont pas une tolérance spéciale à la syncaïne comme au chloroforme ou au laudanum.

Quoi qu'il en soit, si la rachianesthésie peut rendre des services, il convient d'être prudent et de ne l'uti-

liser que chez les femmes en bon état général, après vérification de la tension.

Pour nos quinze interventions, nous ne l'avons employée qu'une seule fois (obs. 28). L'éther a été utilisé 6 fois et le balsoforme 8 fois avec de bons résultats.

L'HOSPITALISATION

Toute femme présentant des hémorragies dans les trois derniers mois de la grossesse doit faire penser à l'insertion vicieuse du placenta, à plus forte raison si ces hémorragies présentent leurs caractères typiques : insidieuses, indolores, nocturnes, à répétition. Quoique classiquement la première perte sanguine ne soit jamais mortelle, l'hospitalisation en milieu obstétrical s'impose « au même titre qu'une grossesse tubaire rompue » disent PAUCOT et REEB. Les raisons de cette précaution sont nombreuses, mais toutes liées à l'impossibilité d'établir un pronostic.

Pendant la grossesse, il est souvent difficile de fixer la variété anatomique d'insertion du placenta. Une insertion latérale peut saigner beaucoup et une insertion recouvrante peu. Les hémorragies sont essentiellement capricieuses. L'accouchement a souvent lieu avant terme. On connaît la possibilité des présentations vicieuses et de la procidence irréductible du cordon. L'hospitalisation permet de parer à toute éventualité dans le délai le plus bref.

Sur nos 21 observations traitées autrement que par la rupture large des membranes, nous avons :

— 9 femmes hospitalisés ;

— 12 arrivées d'urgence.

Dans le premier cas nous avons une mort maternelle par inertie utérine après césarienne basse (obs. 23) et deux morts fœtales (obs. 15 et 28).

Dans le deuxième cas, nous avons deux décès maternels (dont l'un chez une femme arrivée exsanguine (obs. 19) et l'autre à la suite d'une hystérectomie pour rupture utérine après la version (obs. 20). Les décès fœtaux sont au nombre de 7 sur 12, ce qui est considérable.

On voit ainsi les bienfaits de l'hospitalisation, surtout pour le pronostic fœtal.

CONCLUSIONS

Le nombre restreint de nos observations ne nous permet pas d'établir une statistique de grande valeur. Mais la discussion des observations et l'appréciation des résultats nous permettent de dégager les notions suivantes :

- 1) Malgré les progrès réalisés, l'insertion basse du placenta reste une dystocie grave pour la mère et pour l'enfant.
- 2) Les traitements proposés ne s'opposent pas, mais se complètent à raison de la diversité des cas cliniques.
 - a) Il faut faire l'épreuve de la rupture large des membranes dans tous les cas où elle est possible : insertion latérale ou marginale avec conservation d'un état général.

b) Le ballon de Champetier de Ribes, les versions avec ou sans extraction immédiate et la césarienne vaginale dont la mortalité infantile oscille entre 60 et 80 %, doivent être considérés comme des méthodes de nécessité à utiliser seulement en cas de viabilité fœtale douteuse.

c) La césarienne basse est l'opération chirurgicale de choix. Elle est indiquée dans les variétés recouvrantes, les cas graves et les cas compliqués. Ses résultats sont un très net progrès pour le pronostic fœtal.

La césarienne corporéale est à peu près abandonnée.

La césarienne sera suivie d'hystérectomie dans les cas infectés ou avec très grosse hémorragie. Chez la multipare, le sacrifice de l'utérus représente une méthode de sécurité contre l'inertie utérine.

3) Les résultats seront encore grandement améliorés par l'hospitalisation systématique en milieu obstétrical.

4) La transfusion sanguine rend de grands services pour la mère. Il serait intéressant de la pratiquer aussi, quand cela est possible, chez l'enfant.

- 5) L'anesthésie rachidienne pourra être faite avec précautions chez les femmes conservant une bonne tension artérielle. Dans le cas contraire, il faut mieux lui préférer l'anesthésie par inhalation à l'éther.

Vu : *Le Doyen,*
A. BAUDOUIN.

Vu : *Le Président de Thèse,*
PORTES.

Vu et Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
GIDEL.



BIBLIOGRAPHIE

- BENHITOUT.** — Pronostic de l'insertion vicieuse du placenta. (*Thèse de Paris*, 1933.)
- BONNAIRE.** — Placenta prævia hémorragique et accouchement méthodiquement rapide. (*La Presse Médicale*, 14 août 1897.)
- BOQUEL.** — Sur les conditions actuelles du traitement du placenta prævia. (*La Science Médicale Pratique*, 15 décembre 1928.)
- BOYER.** — Etude statistique et critique sur les hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. (*Thèse de Paris*, 1932.)
- CHÈVE.** — Le tampon en obstétrique dans les hémorragies utérines. Etude historique. (*Thèse de Paris*, 1905.)
- COUVELAIRE.** — **Traitement des hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur.** Leçon faite le 13 novembre 1931 à la clinique Baudelocque. (*La Pratique Médicale Française*, décembre 1931.)
- DANIS.** — De l'emploi du ballon de Champetier de Ribes à la clinique Baudelocque. (*Thèse de Paris*, 1899.)
- DUBOS.** — La place de la césarienne basse conservatrice dans le traitement de l'insertion basse du placenta. (*Thèse de Paris*, 1936.)
- FAUDOT.** — Le traitement du placenta prævia. (*Thèse de Paris*, 1940.)
- GRASSET.** — Les hémorragies par insertion vicieuse du placenta. (*La Puériculture*.)
- HÉBERT.** — Quelques notions nouvelles sur la thérapeutique du placenta prævia. (*La Science Médicale Prat.*, 1^{er} août 1932.)

- HENRIET. — Le traitement du placenta prævia par l'évacuation extemporanée de l'utérus. (*Gazette des Hôpit.*, 3 sept. 1930.)
- HOLMES. — Les hémorragies de la fin de la grossesse et de la délivrance. (*Amer. Journ. Surg.*, septembre 1944.)
- LAZAROVICI. — De l'emploi du ballon de Champetier de Ribes dans la thérapeutique actuelle du placenta prævia. (*Thèse de Paris*, 1934.)
- LEROY. — Du traitement du placenta inséré sur le segment inférieur à propos de 60 cas observés à la Maternité de l'Hôpital Tenon. (*Thèse de Paris*, 1934.)
- LÉVY-SOLAL et SUREAU. — Indications thérapeutiques dans les hémorragies par insertion vicieuse du placenta. (*Paris Médical*, 15 décembre 1934.)
- MARIDORT. — Contribution à l'étude historique et critique des différents traitements du placenta prævia. (*Thèse de Paris*, 1897.)
- MERCIER. — Contribution à l'étude du traitement des hémorragies par placenta prævia. (*Thèse de Paris*, 1934.)
- MONSIORSKI. — Etude historique sur l'insertion vicieuse du placenta. (*Thèse de Paris*, 1896.)
- MOSETTIG. — Résultats statistiques de l'accouchement dirigé en présence du placenta prævia. (*Wien. Med. Wöch.*, 22 avr. 1939.)
- NAHON. — Hémorragies par insertion vicieuse du placenta. (*Thèse de Paris*, 1933.)
- PAUCOT et REEB. — Traitement chirurgical du placenta prævia. Rapport présenté au VIII^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, Paris, oct. 1933.
- PORTES. — Insertion vicieuse du placenta, 1937.
- RAVINA. — La place de la césarienne vaginale dans la thérapeutique des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. (*Revue Médicale Française*, juin 1936.)
- ROCHET. — Etude statistique de la thérapeutique du placenta prævia pendant les dix dernières années, à la Clinique obstétricale de Lyon. (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 août 1943.)
- SIADAT. — Contribution à l'étude du traitement du placenta prævia. (*Thèse de Paris*, 1940.)

SZABO. — Placenta prævia. (*Lijennik Vjesnik*, 1936.)

SZEKELY. — La mortalité actuelle par hémorragie dûe au placenta prævia. (*Thèse de Paris*, 1934.)

VELPEAU. — Traité des accouchements, 1835.

VERSINI (Jeanne). — Contribution à l'étude du traitement par voie haute dans les insertions vicieuses du placenta. (*Thèse de Paris*, 1932.)

VIGNES. — L'insertion du placenta sur le segment inférieur.

WEILL. — Traitement du placenta prævia. (*Science Médicale Pratique*, décembre 1937.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
Historique	11
Exposé des observations	17
— Procédés obstétricaux	18
— Rupture large des membranes	18
— Le ballon de Champetier de Ribes	28
— Manœuvre de Braxton-Hicks	32
— Version par manœuvres internes et extraction..	34
Procédés chirurgicaux	39
Procédés chirurgicaux	39
— Césarienne vaginale	40
— Césarienne corporeale	41
— Césarienne basse	43
— Césarienne et hystérectomie	50
Résultats	55
Indications	57
Méthodes auxiliaires du traitement	63
— la transfusion	63
— l'anesthésie	65
— l'hospitalisation	66
CONCLUSIONS	69
BIBLIOGRAPHIE	73

Imprimerie de Persan-Beaumont, 80, avenue Wilson - Persan
Dépôt légal, année 1945, 1^{er} trimestre - n° 16.914 - 3.